

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
TUMEURS ÉPITHÉLIALES PRIMITIVES
DU REBORD ALVÉOLAIRE
ET SPÉCIALEMENT DE
L'Epithéliome lobulé

THÈSE

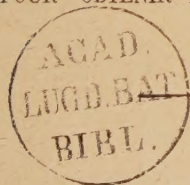
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1899

PAR THÉODORE PANTCHOFF

Né à Lom-Palanca (Bulgarie), le 7-20 novembre 1873

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (*). ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv...	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET ().*

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (), PAULET (O. *).*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé
Clinique ann. des mal. des vieillards.....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire*; F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*

Examineurs de la Thèse

MM. TÊDENAT, <i>président.</i>	MM. DE ROUVILLE, <i>agrégé.</i>
ESTOR, <i>professeur.</i>	LAPEYRE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ces Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE

*Faible témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.*

TH. PANTCHOFF

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR HÉLÈNE

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

A MON EXCELLENT AMI

Le Docteur Marius GUIDI

TH. PANTCHOFF

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAÎTRES

TH. PANTCHOFF

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

TH. PANTCHOFF

AVANT-PROPOS

C'est avec une émotion également mêlée de joie et de tristesse que j'arrive au terme de ma scolarité. C'est en effet un moment solennel que celui où l'on va me donner mon absolue indépendance et, avec elle, la redoutable responsabilité des actes d'un médecin.

Mon cœur se réjouit à la pensée que je vais retourner auprès de ceux que j'aime, mais il est bien gros aussi en songeant à ceux que je dois quitter et auxquels je me suis tant attaché. Je place en première ligne, pour les remercier du plus profond de mon âme, mes maîtres de cette Faculté, qui, par leur infatigable dévouement, leur science profonde, sont parvenus à faire de moi ce que je suis. Tous ont droit à ma gratitude ; ils l'auront éternelle.

Mais parmi eux, il en est un dont je ne puis prononcer le nom, à l'heure des adieux, sans ressentir la plus vive émotion envahir tout mon être ; j'ai parlé de mon maître aimé M. le professeur Tédénat. Lorsqu'au lit du malade je m'instruisais à ses cliniques, j'éprouvais, à côté de la plus respectueuse admiration pour le savant, une sympathie immense pour l'homme dont les idées si libérales, le cœur si humain, satisfaisaient tellement ma conception de la justice et de l'humanité. Je m'honorerai, durant toute ma carrière, de l'avoir constamment en exemple.

Pendant six ans j'ai demandé aux maîtres français, qui me l'ont donnée sans compter, un peu de cette science magnifique qui fait dans le monde la gloire de leur pays, et dont le vif éclat m'avait invinciblement attiré. Je repars aujourd'hui

transformé : mon esprit plus capable de me procurer désormais d'exquises joies intellectuelles à la lecture des grandes œuvres, mon cœur plus largement ouvert aux idées libérales.

Une seule pensée rend moins cruelle cette séparation, c'est que j'emporte avec moi la ferme résolution de faire profiter mon cher pays de tout ce que la France m'a généreusement donné. Pour arriver à faire un peu de bien il me suffira de ne pas oublier les leçons et les conseils de mes maîtres. J'en fais le serment. Ce sera pour eux, j'en suis sûr, la meilleure, la plus noble récompense de leurs efforts.

A tous ceux qui ont été bons pour moi et ont rendu si agréable mon séjour en France, merci.

A mon excellent ami le docteur Guidi Marius, dont le concours m'a été si souvent précieux depuis mon arrivée en pays étranger, l'assurance de mon dévouement absolu.

T. P.

PRÉFACE

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. Tédénat un cas d'épithélioma du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, revêtant une évolution lente et un aspect tout différent de ce qui est décrit dans les livres classiques, je me suis proposé de faire l'étude des faits de ce genre. J'ai inutilement cherché dans la littérature médicale des cas analogues à celui-là, à côté duquel je ne puis rapporter qu'une autre observation qui m'a été communiquée par M. Tédénat.

Je ne puis tirer de conclusions de ces deux cas, ni au point de vue de leur étiologie, ni au point de vue de leur pathogénèse. Mais à cause de leur rareté je pense qu'ils méritaient d'être rapportés d'une façon quelque peu détaillée.

Avant de les décrire, j'ai tenu à résumer l'état de nos connaissances sur les tumeurs d'origine épithéliale. Les travaux nombreux qui ont paru dans ces vingt dernières années ont été analysés dans mon travail d'une façon succincte, mais que je crois suffisante à l'intelligence de la question.

Il me reste à exprimer le regret que ma connaissance trop superficielle de la langue française contribue encore à rendre moins parfait mon travail déjà si modeste. J'eusse désiré qu'il fût plus digne de mes éminents juges. Je les supplie de m'accorder, pour cette raison, toute leur indulgence.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Tumeurs épithéliales primitives du rebord alvéolaire
ET SPÉCIALEMENT DE
L'ÉPITHÉLIOME LOBULÉ

CHAPITRE I^{er}

**Les tumeurs épithéliales primitives du rebord
alvéolaire. — Revue générale.**

Les maxillaires sont, sans contredit, de tous les os, ceux qui sont le plus souvent le siège de néoplasies et ceux qui nous en offrent les plus grandes variétés.

Ils doivent ce triste privilège à la présence des dents qui sont implantées dans leur épaisseur, se développent en plein tissu osseux à la même époque que l'os qui leur sert d'appui.

La plupart des tumeurs qui naissent sur le rebord alvéolaire sont développées sur les reliquats embryonnaires, que Malassez a décrit sous le nom de débris paradentaires. Certaines, comme les kystes dentifères, les odontomes rappellent les tissus den-

taires transitoires ou définitifs et ne se développent que pendant l'évolution des dents. D'autres, au contraire, provenant originellement de minces trainées épithéliales, donnent naissance à de vraies tumeurs malignes, le carcinome, l'épithéliome qui débutent dans les parties profondes des gencives au niveau de l'alvéole, pour de là se propager aux parties superficielles.

Mais il ne faudrait pas généraliser. Toutes les tumeurs des maxillaires ne naissent pas des alvéoles. Certaines débutent dans l'os : ce sont les tumeurs conjonctives, les sarcomes centraux ou périphériques, les ostéomes, les enchondromes, les fibromes et les myxomes.

De toutes ces dernières, nous ne dirons rien, nous réservant uniquement de donner une vue d'ensemble des tumeurs épithéliales.

L'épithélioma des mâchoires ne se développe pas uniquement sur le rebord alvéolaire. A côté de l'épulis épithéliomateuse des auteurs, se placent d'autres tumeurs épithéliales qui envahissent le corps des maxillaires et semblent naître de l'os.

Mais il faut savoir qu'elles sont presque toutes secondaires, envahissant tout d'abord les gencives, ensuite l'os, et qu'elles sont dues à la propagation d'une lésion voisine de même nature.

L'épithélioma primitif du corps de l'os est très rare, et même mis en doute par certains auteurs. Mais de même que Virchow, Müller, Rokytansky, ont démontré des épithéliomes perlés dans l'épaisseur du rocher, de même on peut rencontrer des tumeurs de même nature dans les maxillaires.

Peut-on dire à présent que ces tumeurs épithéliales naissent des éléments histologiquement propres à l'os ? Comme nous le verrons plus loin, il faut être très circonspect et laisser encore la question non résolue. La seule forme décrite, d'ailleurs, comme épithélioma primitif du maxillaire et dont

l'espèce pathologique et due aux travaux de Verneuil et Reclus, est attribuée par ces auteurs à des débris épithéliaux inclus dans l'os, véritables éléments étrangers à la constitution intime de ce dernier.

Dans le maxillaire supérieur peut se développer une tumeur épithéliale très rare d'ailleurs et dont l'origine est très discutée. Nous voulons parler du cancer épithélial débutant par le revêtement muqueux du sinus maxillaire. Exceptionnel, il est nié comme tumeur primitive, à tort selon nous, car tout revêtement épithélial peut être le point de départ de néoplasies. C'est là une règle générale de pathologie. Mais le point de départ dans ce cas spécial peut être discuté car il est difficile à voir et à suivre. C'est ce qui fait que cette forme a été niée et considérée par beaucoup comme secondaire, et succédant dans ce cas à une tumeur développée au niveau du rebord alvéolaire.

Toutes les tumeurs épithéliales reconnaissent donc presque toujours comme point de départ le rebord alvéolaire. Mais ici il nous faut d'emblée établir, selon nous, une division capitale. En effet, le rebord gingival est tapissé par un épithélium identique à celui qui revêt la cavité buccale. Comme tous les tissus de ce genre, par sa prolifération il donnera des épithéliomes qui rappelleront sa nature, c'est-à-dire seront pavimenteux, tubulés ou lobulés, cornés en un mot : ce sont des épithéliomes primitifs *superficiels*. Nous aurons à y revenir. Mais à côté de cette forme, nous verrons qu'il existe des cancers épithéliaux qui prennent naissance dans les débris paradentaires. Ils constituent le groupe des épithéliomes *profonds*. Cette distinction est surtout importante à établir pour classer et connaître le mode de formation de la tumeur ; elle est moins importante au point de vue clinique, car les deux formes aboutissent rapidement l'une et l'autre à l'envahissement de l'os, nécessitent une thérapeutique commune et ont toutes deux un pronostic presque fatal.

L'épithéliome du rebord alvéolaire d'origine embryonnaire, c'est-à-dire celui dont le point de départ est dû aux formations dentaires est encore discuté et décrit différemment par les classiques. Nous croyons nécessaire, avant d'en décrire la forme, de dire quelles sont les parties du follicule dentaire qui peuvent lui donner naissance. Un mot d'embryologie nous paraît pour cela nécessaire.

Nous n'avons nullement la prétention d'exposer ici toute l'évolution du follicule dentaire. Nous voulons simplement montrer quels sont les débris épithéliaux qui restent de ces follicules et qui pourront être le point de départ de néoplasies.

Il est de toute évidence que seul l'organe *adamantin* qui est de nature épithéliale est capable de donner naissance à des débris de même nature. La papille dentaire avec ses odontoblastes et ses éléments divers est de nature mésodermique et par suite dans l'impossibilité d'être le point de départ de tumeurs épithéliales. Nous le passerons donc sous silence.

L'organe adamantin dérive, on le sait, de la lame épithéliale qui se trouve comprise dans l'épaisseur du bourrelet gingival. Cette lame épithéliale dépendant de la crête dentaire, du bourrelet épithélial qui tapisse le bord libre de la gencive à cette période de la vie intra-utérine, se renfle de distance en distance sous forme de petits bourgeons. Ceux-ci sont les organes adamantins qui vont se développer plus tard dans la profondeur de la gencive. Ils ne tardent pas à être refoulés par la papille du bulbe dentaire. L'organe adamantin ainsi refoulé se composera donc essentiellement de deux feuillets épithéliaux, l'un interne, appliqué sur la portion mésodermique du follicule dentaire, c'est la membrane de l'émail, un externe, sans nom, et reposant sur le mésoderme de la gencive, qui bientôt s'épaissira pour former le périoste alvéolo-dentaire. Entre ces deux assises de cellules est le corps muqueux de Huxley, dont les cellules irrégulières ressemblent peu à des

formations épithéliales. L'organe tout entier est relié au bourrelet épithélial gingival par une trainée cellulaire, reste du bourgeon primitif qui n'a pas été refoulé par le bulbe dentaire. C'est à lui que l'on donne le nom de *Gubernaculum dentis*, de cordon folliculaire. — C'est à ses dépens que se forment les bourgeons de la seconde dentition qui donnera un organe adamantin identique à celui de la dent de lait. A son tour, ce bourgeon dentaire de la seconde dentition abandonnera latéralement, au niveau de son *gubernaculum*, un troisième bourgeon qui ne se développera pas, restera inactif, la troisième dentition restant toujours à l'état d'ébauche chez l'homme.

La destinée de ces éléments épithéliaux est facile à suivre et bien connue.

La membrane de l'émail sera l'organe de ce dernier. Chaque cellule qui la compose devient un prisme de l'émail dentaire. Les cellules du corps muqueux de Huxley formeront la cuticule. Le *gubernaculum dentis* donnera naissance aux bourgeons adamantins secondaires et disparaîtra ensuite ; il en est de même de la lame épithéliale.

Mais chacun de ces éléments dentaires destiné embryologiquement à disparaître sitôt son rôle fini, laisse le plus souvent, çà et là, quelques cellules épithéliales. Malassez les a bien étudiés, leur a donné leur nom et les a classés en trois groupes :

- 1° Un superficiel, placé tout près du bord libre gingival.
- 2° Un moyen, perdu dans les éléments de la gencive, entre son bord libre et la dent.
- 3° Un profond, autour de la dent.

Le premier et le second sont les restes du bourrelet gingival ; les débris du *gubernaculum*, de l'organe de l'émail et les bourgeons dentaires tertiaires constituent le troisième.

Il ne faut pas croire que ces débris forment une trame épithéliale serrée, facile à retrouver.

« Leur recherche, dit Albarran, est difficile ; ils constituent

dans leur ensemble un réseau à fines travées, à mailles très larges, enserrant la dent du collet à la racine comme en un filet, de ballon. Sa pauvreté est telle que dans certaines coupes on n'en voit pas de traces

« Exceptionnellement, on trouve quelques masses épithéliales plongées dans les espaces les plus voisins du tissu spongieux

« Dans le tissu même de la gencive, on trouve parfois de petites masses épithéliales qui se présentent sous la forme de globes épidermiques

« Leur structure est simple : ils sont formés par des cellules pavimenteuses à gros noyaux. Dans quelques-uns d'entre eux les cellules pavimenteuses sont entourées de cellules cylindriques qui parfois limitent une très petite lumière centrale. »

Ce sont ces débris qui vont donner naissance à toutes les tumeurs épithéliales du rebord alvéolaire. Il nous faut maintenant aborder leur classification telle que la comprennent les classiques.

Beaucoup les étudient dans des chapitres différents, comme Nimier, dans le traité de Le Dentu et Delbet. Cet auteur cite d'abord deux formes, l'épithéliome du revêtement muqueux gingival, puis, avec les tumeurs dues à un trouble de l'évolution dentaire, toutes les variétés kystiques d'épithélioma, renvoyant dans un troisième chapitre l'étude de l'épithélioma du rebord alvéolaire proprement dit.

Ces descriptions sont exactes, mais ne vaut-il pas mieux réunir en un seul chapitre toutes ces néoformations qui se confondent en une origine commune ?

Voici quel est à notre humble avis la classification qui permet de réunir toutes ces tumeurs dans un même chapitre. C'est celle qui nous a paru d'accord avec tous les travaux parus jusqu'ici, nous n'y rangerons que les tumeurs primitives

c'est-à-dire celles qui naissent à la superficie ou dans l'épaisseur des tissus gingivaux, les épithéliomes secondaires, de propagation, ne nous intéressant nullement.

Nous dirons que les tumeurs épithéliales des gencives et du rebord alvéolaire se divisent en deux grands groupes :

1° Celles qui naissent du repli muqueux gingival, ou superficielles.

2° Celles qui naissent de l'alvéole, ou profondes.

Les tumeurs nées au dépens du rebord gingival sont de deux ordres.

En premier lieu, l'épithélioma primitif ou superficiel de la gencive, qui se développe là comme sur tous les tissus à revêtement épidermique ou muqueux. La nature des assises cellulaires qui constituent la muqueuse gingivale nous montre qu'il affectera toujours la forme pavimenteuse, soit lobulée le plus souvent, soit rarement tubulée.

En deuxième lieu l'épithéliome primitif, mais naissant dans la profondeur du repli gingival, immédiatement en avant du périoste. Ce sont le plus souvent des épithéliomes de composition mixte, c'est-à-dire pavimenteux, mais parsemés de débris de l'épithélium adamantin ou de cellules de la lame épithéliale.

Citons enfin, pour être complet, les petites tumeurs épithéliales qui se développent dans les derniers mois de la vie utérine ou dès la naissance : elles sont signalées et bien décrites par Guyon et Thierry. « Ce sont de petits kystes épidermiques, contenant une matière d'apparence sébacée, qui siègent sur le bord alvéolaire supérieur, rarement sur l'inférieur... Ces kystes proviendraient des débris épithéliaux inclus dans les gencives. »

Restent les tumeurs développées aux dépens de l'alvéole ou plutôt des débris paradentaires, péri-alvéolaires, qui naissent dans la profondeur. Leur nombre est plus considérable et leur importance pathologique explique les longues discussions

auxquelles leur mode de développement a donné naissance.

Des deux théories qui sont restées le fondement de toute polémique, seule celle de Malassez, à la suite des travaux d'Allgayer, de Tübingen, d'Albarran (1888), des thèses d'Aubertin, d'Aussenac et de Chiron, de la Société de chirurgie, est restée classique en France. On n'admet plus avec Magitot que le tissu conjonctif peut de toutes pièces produire l'épithélium qui caractérise les kystes dentaires.

C'est qu'en effet ceux-ci rentrent actuellement dans la classe des tumeurs épithéliales du rebord alvéolaire. Disons tout de suite que ces dernières peuvent d'emblée se diviser en deux groupes :

1° Les tumeurs kystiques ;

2° Les tumeurs non kystiques, épithéliomes proprement dits.

Les tumeurs kystiques sont nettement d'origine épithéliale, ce sont des cysto-épithéliomes, des épithéliomes kystiques.

Les kystes en effet, sauf les vasculaires, c'est-à-dire ceux produits au dépens d'une cavité séreuse ou encore ceux d'origine parasitaire, forment deux grands groupes : les kystes par rétention, — et à priori nous dirons que les kystes dentaires sont loin d'appartenir à cette catégorie, — et les kystes provenant d'un bourgeon épithélial, se creusant plus tard d'une cavité. Ce sont là de véritables néoplasies épithéliales dont les kystes de l'ovaire nous donnent un remarquable exemple. Les kystes dentaires sont de ce nombre et on en distingue plusieurs variétés :

Les kystes dentifères.

Les kystes uniloculaires.

Les kystes multiloculaires.

Ces trois variétés sont des épithéliomes kystiques dermoïdes pavimenteux et adamantins.

Nous ne ferons ici que les énumérer pour être complet.

Disons seulement qu'ils sont classés par ordre de gravité et qu'ils se rapprochent de plus en plus des épithéliomes non kystiques des mâchoires.

Le kyste dentifère est l'unité la plus simple et la plus bénigne de ces cysto-épithéliomes — vient après le kyste uniloculaire qu'on sait pouvoir récidiver ou se transformer en une forme plus maligne ; puis le kyste multiloculaire ou épithéliome kystique, maladie kystique des mâchoires, qui établit nettement la transition entre les deux formes précédentes et l'épithéliome solide. On sait d'ailleurs qu'elle est la gravité de cette dernière forme, véritable tumeur maligne, qui ne cède en rien aux sarcomes osseux et nécessite comme ces derniers de graves et hâtives interventions.

Ces dernières formes nous ont amené insensiblement à l'épithéliome solide qui nous arrêtera plus longtemps.

Jusqu'à présent il semble qu'il faille en admettre deux formes bien nettement établies :

1° Epithélioma solide.

2° Epithélioma térébrant de Verneuil et Reclus.

L'épithélioma solide est une variété dont la description histologique est due à Chibret. Son étude se trouve dans tous les classiques. Mais faut-il en faire une forme spéciale, ou au contraire le confondre avec les tumeurs épithéliales développées dans l'épaisseur du périoste alvéolo dentaire, et qu'on trouve adhérentes aux dents au moment de leur extraction ? Ces dernières néoformations sont-elles le début de la forme solide de Chibret ou de la forme térébrante de Verneuil ? Nous ne résoudrons pas ici la question qui n'est pas dans le plan de notre travail et nous dirons simplement, que, quelle que soit la réponse qui lui sera donnée, on reconnaîtra qu'elles ne sauraient naître de l'os, tissu conjonctif, mais bien des débris épithéliaux d'origine dentaire, qui, quelques fois, nous l'avons vu, s'égarent jusqu'en plein tissu spongieux.

Telles sont les tumeurs épithéliales qui peuvent se développer sur le bord alvéolaire. D'après la description qui précède nous les classerons dans le tableau suivant :

A. Tumeurs épithéliales superficielles naissant des tissus gingivaux.

1^e Epithéliome primitif de la muqueuse issu des éléments de cette dernière.

2^e Epithéliome primitif développé aux dépens des débris embryonnaires de la muqueuse (groupe supérieur et moyen de Malassez) naissant au-dessous de la couche épithéliale.

B. Tumeurs épithéliales naissant des débris épithéliaux péri-alvéolaires, autour de l'alvéole ou tumeurs profondes.

1^e à forme kystique — cysto-épithéliomes.

a) *Kystes dentifères.*

b) *Kystes uniloculaires.*

c) *Kystes pluriloculaires, épithéliomes kystiques, maladies kystiques des mâchoires.*

2^e à formes solides.

a) *Epithélioma térébrant* (Verneuil et Reclus).

b) *Epithélioma solide* (cancroïde primitif des maxiliaires).

CHAPITRE II

Symptomatologie de ces tumeurs épithéliales solides

Il nous reste maintenant à décrire ces diverses variétés d'épithéliomes au point de vue clinique. Nous ne ferons une description sommaire que de ceux qui se rapprochent de la forme qui fait le sujet de notre thèse. Les cysto-épithéliomes de rebord alvéolaire, les divers kystes dentaires, sont au point de vue anatomique, des épithéliomes, mais s'en éloignent au point de vue clinique par leur évolution relativement très lente et bénigne, quoique nous ayons dit qu'ils peuvent récidiver ou se transformer en forme maligne. La forme polikystique est plus grave, il faut, nous l'avons dit aussi, la considérer comme une forme de transition entre les cysto-épithéliomes, les kystes des mâchoires et les variétés qu'il nous reste maintenant à décrire.

Ce sont les épithéliomes non kystiques ; il nous les faut connaître pour les différencier de la forme lobulée superficielle, qui fait le sujet de notre thèse.

Voyons tout d'abord le cancroïde primitif des gencives. Il peut naître directement du revêtement muqueux de la gencive ou des débris épithéliaux qu'elle renferme dans sa profondeur. Dans le premier cas, l'épithéliome débute le plus souvent par

une tuméfaction circonscrite que le malade perçoit en promenant la pointe de sa langue sur le rebord alvéolaire. Indolore au début, la nodosité épithéliale, recouverte d'une muqueuse rouge et enflammée, évolue suivant deux types, soit qu'elle s'ulcère au début, soit au contraire, qu'elle prenne d'abord la forme végétante pour devenir plus tard ulcéreuse. On se trouve alors en présence d'une ulcération limitée, dont le début ne remonte ordinairement pas à plus de trois à quatre mois et qui peut en imposer pour une érosion gingivale mécanique due, par exemple, à une dent rugueuse de la mâchoire opposée. Le doute n'est pas longtemps permis et bientôt apparaît de l'engorgement ganglionnaire. Un des caractères de cette forme c'est sa marche rapide. Elle envahit bientôt le rebord osseux sous-jacent. Le périoste n'oppose qu'une faible résistance à cette prolifération néoplasique, que facilite d'ailleurs la peu d'épaisseur des tissus gingivaux ou les conditions d'hygiène buccale particulièrement déplorable chez certains malades.

Cet envahissement osseux n'est souvent pas connu en clinique. Enlever d'un coup de ciseau une tumeur bourgeonnante, abraser à la curette une ulcération épithéliomateuse, ne sont que des moyens plutôt nuisibles. Déjà à cette période le microscope révèle dans l'os sous-jacent des lésions d'osteïte : et çà et là, dans les aréoles du tissu spongieux, des globes épidermiques. Que l'épithélioma commence par la superficie ou aux dépens des débris embryonnaires inclus dans les tissus, le début et la marche de l'affection sont identiques. Dans les deux cas on se trouve en présence d'une induration superficielle, croissant vite, rapidement ulcérée et envahissant très précocement les régions voisines et les ganglions lymphatiques. L'une et l'autre détruisent les alvéoles, provoquent la chute des dents.

Seul l'examen microscopique permettra de reconnaître le mode de début de la tumeur : se trouve-t-on en présence d'un

épithélioma parsemé de cellules épithéliales adamantines et parfois même de formation kystiques, le doute n'est pas possible l'origine embryonnaire de la tumeur est démontrée.

On le voit, cette forme de tumeur gingivale n'a rien de particulier. Il s'agit ici d'un épithélioma classique rare, et que certains considèrent comme moins grave que les autres variétés d'épithéliomes buccaux.

Nous avons vu que cette dernière opinion est erronée.

Restent maintenant deux variétés importantes, dont l'une essentiellement maligne, constitue la forme térébrante de Verneuil et Reclus.

Relativement rare, elle débute au niveau du rebord alvéolaire dans les débris de la lame épithéliale ou du rempart gingival ou encore aux dépens des débris paradentaires. Son évolution rapide s'annonce d'abord par des douleurs vives qui indiquent déjà l'envahissement osseux alors que rien n'est venu révéler l'infiltration épithéliomateuse des tissus. Les dents sont de la sorte chassées de leur alvéoles et cèdent la place à des bourgeons fongueux d'une vascularisation remarquable. Mais ce qui caractérise surtout cette forme de néoplasme, c'est sa tendance remarquable à l'envahissement des parties profondes. Aussi a-t-il été justement appelé térébrant. Enfin quelques bourgeons fongueux apparaissent au dehors et déjà l'os est envahi en bloc. Un stylet introduit dans une alvéole dont la dent a été expulsée par l'envahissement néoplasique, pénètre profondément dans l'os, sans crépitation, sans résistance, « au point, dit Tillaux, qu'on croirait tomber dans le sinus maxillaire ». Le cas de Verneuil est encore le meilleur enseignement. Il croit « avoir affaire à une simple nécrose circonscrite du maxillaire supérieur siégeant sur le rebord alvéolaire..... une incision faite sur le rebord alvéolaire externe, la muqueuse fut décollée, et au lieu de tomber sur une portion osseuse malade, le doigt pénétra dans une cavité

anfractueuse qui semblait conduire au sinus ». Le malade opéré le 2 avril avait subi deux interventions. Deux mois après Verneuil tenta une résection du maxillaire supérieur. Mais il n'a pu arriver à une ablation radicale. Une intervention méthodique fut impossible, l'os malaire dut être enlevé et le plancher de l'orbite atteint fut ruginé.

Le cas de Reclus, *Progrès médical* 1875, est aussi instructif que le précédent. L'envahissement ganglionnaire presque aussi rapide que l'ensemencement osseux, rend cette forme essentiellement maligne et jusqu'à présent, dans presque tous les cas connus, on a dû abandonner toute tentative d'ablation complète.

A côté de cette forme clinique, se place en dernière analyse l'épithélioma primitif du rebord alvéolaire, épithélioma solide, ou adamantin.

Tandis que la forme térébrante n'avait aucun caractère histologique bien précis et qu'elle appartenait à la forme perlée, puisque les examens histologiques y démontrent dans le cas de Verneuil l'existence « d'amas épithéliaux en forme de papilles renfermant des globules épidermiques vrais », La forme qui nous occupe est, « constituée par des amas cellulaires ayant pour la plupart des caractères épithéliaux, les cellules de ces amas de forme très variable présentant en somme, tous les types décrits et connus des cellules adamantines » Chibret.

Il est probable que ce sont ces différences de structure qui expliquent la marche différente des deux affections. Tandis que la forme térébrante est essentiellement maligne, l'épithélioma solide se rapproche « des kystes épithéliaux par sa marche plus lente, ses tendances à saillir sur la face externe de l'os, et souvent l'absence de phénomènes douloureux ». Nimier.

Aussi est-il facile de le confondre avec les cysto-épithéliomes

du rebord alvéolaire. Le manque de fluctuation, une ponction blanche exploratrice, affirment seule l'absence de liquide et peuvent assurer un diagnostic de nature.

Cet épithéliome se développe lentement, refoule le tissu osseux et devient véritablement encapsulé, délimité qu'il est par une coque osseuse dure. Aussi a-t-il été décrit comme bénin par Polaillon, Hildebrandt. Mais sa nature suffit à faire douter d'une semblable affirmation. N'avons-nous pas dit à la suite d'Albarran, que les cysto-épithéliomes peuvent récidiver ou se transformer en tumeurs malignes ? La nature seule de la tumeur doit donc faire porter un pronostic très réservé, et nous ne croyons pas être taxé d'exagération en disant que toute tumeur de cette nature doit être enlevée en totalité.

Telles sont les épithéliomes qui se développent au niveau du rebord alvéolaire. Que faut-il penser de ces tumeurs épithéliales décrites par Magitot, qui se développent dans l'épaisseur du périoste alvéolo-dentaire et qu'on enlève au moment de l'extraction de la dent à laquelle elles adhèrent ? Il est probable que c'est tout simplement l'une des deux formes précédentes à leur période de début. La question est loin d'être bien élucidée. Mais ce qui est certain c'est que, quel que soit leur avenir, ces petites tumeurs naissent des débris paradentaires. Il n'y a donc pas, et il ne saurait être décrit de tumeurs épithéliales primitives développées aux dépens du tissu du périoste alvéolo-dentaire.

Il nous reste maintenant à aborder l'étude de la forme d'épithélioma gingival, qui fait l'objet de notre travail.

CHAPITRE III

Etude de l'épithéliome lobulé du rebord alvéolaire

Nous voulons attirer l'attention sur une forme d'épithélioma lobulé du rebord gingival, qui évolue avec une extrême lenteur. Les cas de ce genre sont certainement très rares, puisque nous n'en avons pas trouvé mention dans les traités de clinique que nous avons consultés (Reclus, Duplay, Le Dentu, Delbay, Kœnig, Trèves, Tillmans, ni dans les articles des dictionnaires. Cette forme est caractérisée par des grains, des nodules arrondis, qui s'y agglomèrent en chou-fleur, d'aspect gris blanchâtre, et manifestent une tendance très faible à l'ulcération et à l'envahissement des ganglions lymphatiques; dans les deux cas que nous citons, et dont l'un a pu être étudié par nous dans le service de M. Tédénat, l'évolution a été excessivement lente, quatorze ans dans un cas, huit dans l'autre. Les conditions étiologiques de cette forme ne peuvent pas être établies : chez l'un de nos malades il y avait eu, 25 ans auparavant, une gingivite expulsive qui avait fait perdre toutes les dents. Peut-on accuser, dans ce cas, l'irritation chronique à laquelle était soumis le rebord gingival par le fait de la mastication ? Mais s'il en était ainsi, ne verrait-on pas plus souvent cette forme chez les personnes fort nombreuses qui manquent de plusieurs dents juxtaposées. Nous n'insisterons donc pas sur ce côté de

la question, et nous nous contenterons de rapporter les observations suivantes :

OBSERVATION (prof. Tédénat)

Epithélioma papillomateux corné occupant tout le rebord gingival du maxillaire inférieur depuis longtemps dépourvu de dents, par suite de gingivite expulsive. Evolution lente. Excision. Récidive, six mois plus tard, sous forme de grains disséminés.

Pierre L..., 63 ans, tisserand, habitant Lodève, m'est adressé le 4 novembre 1885 par le docteur Lapeyre.

Pas de syphilis, pas de rhumatisme ni d'alcoolisme. A l'âge de 30 ans, sans cause connue, le malade présente les accidents de gingivite expulsive. Il lui semblait que ses dents, d'ailleurs non cariées, étaient plus longues. La gencive se ramollissait, les dents s'ébranlaient et s'arrachaient facilement. A 36 ans, il n'avait plus aucune dent.

Il y a six ans, des saillies arrondies, blanchâtres, se sont produites à la partie moyenne du maxillaire inférieur et lentement ont augmenté de volume et se sont étendues à toute l'étendue du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure. Le malade ne souffrait pas, il n'y avait ni hémorrhagies, ni suppuration ; la mastication était peu gênée.

Depuis sept ou huit mois, les saillies papillomateuses ont rapidement augmenté de volume. Le traitement a consisté en de rares badigeonnages avec l'acide chromique à 1/20, en des lavages de la bouche.

Actuellement, tout le rebord alvéolaire est recouvert par des tumeurs arrondies blanchâtres, sèches, amoncelées d'une façon plus ou moins serrée. Leur volume varie d'un grain de

millet à celui d'un petit pois. Elles sont sessiles, quelques unes s'effritent quand on les frotte, et il faut une certaine force de râclage pour provoquer un peu de suintement sanguin. Il n'y a pas de suppuration. Les ganglions ne sont pas envahis.

Comme les lésions n'atteignent pas le sillon labio-gingival, j'excise par une incision faite au-dessous de la limite du mal qui va d'une branche montante à l'autre. Je résèque tout ce qui reste de la portion alvéolaire et je réunis la muqueuse du plancher buccal à la muqueuse de la joue et de la lèvre.

Pansement à la gaze iodoformée.

Le 16 novembre, les fils sont enlevés ; plusieurs points de suture ont manqué, mais sous l'influence de lavages faits toutes les deux ou trois heures, la cicatrisation était complète le 26 novembre.

Le malade s'aperçut, dans les premiers jours de mai 1886, de la production de petits grains papillomateux. Il vint voir M. Tédénat le 8 juin. A ce moment, on trouve cinq ou six grains agglomérés juste en avant de la branche montante gauche. Deux grains au niveau de la symphyse. Ganglions sains. M. Tédénat conseilla l'excision. Elle ne fut pas acceptée et, deux mois après, le malade reçut les soins d'un empirique qui appliqua un caustique sur une grande surface. Les os furent atteints. M. Tédénat enleva un sequestre noir (sept. 1886), mais les tumeurs s'étaient reproduites, cette fois-ci molles, saignantes. La bouche, la région sous-maxillaire droite étaient infiltrées de pus. Le malade succomba à la septicémie chronique en décembre.

L'examen microscopique montra qu'on avait à faire à un épithélioma lobulé à couches superficielles sèches et comme cornées.

OBSERVATION (prof. Tédénat)

Epithélioma lobulé du bord alvéolaire et de la voûte palatine

A... Joseph, 50 ans, cultivateur, Prémian, canton d'Olargues (Hérault).

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Nuls.

Antécédents personnels. — Toujours très bonne santé; pas d'alcoolisme; ne fumait pas. Pas de syphilis.

Maladie actuelle. — Début, il y a environ 44 ans, par une petite grosseur ressemblant à un minuscule choux-fleur sec. Cette tumeur, non douloureuse, siégeait au niveau des grosses molaires du maxillaire supérieur droit à la partie interne de la gencive avoisinant la voûte palatine. Cette grosseur est restée stationnaire, atteignant le volume d'un petit pois jusqu'à il y a 5 ou 6 ans. A partir de cette époque, elle a commencé à s'accroître; mais depuis le mois d'août 1898, elle a marché rapidement, et ces derniers temps l'envahissement du maxillaire a été très rapide.

Depuis deux mois, quelques troubles fonctionnels se sont produits.

Légères douleurs du côté de la tumeur et de l'oreille correspondante.

Difficulté à avaler les aliments solides.

Gêne respiratoire,

Pas de compression oculaire.

Rejet par la bouche de débris sanieux. Par la narine correspondante, issue de mucosités jaunâtres épaisses. Quelques épistaxis.

Tendance au sommeil, amaigrissement considérable depuis deux mois; pourtant état général satisfaisant.

Actuellement. — Tumeur végétante, semi-dure, formée de saillies arrondies, sèches, ayant envahi tout l'os maxillaire supérieur droit. Le sinus maxillaire rejetant en dehors la paroi externe de ce dernier, qui vient faire une saillie notable sous la peau de la joue. L'os malaire semble aussi envahi. Presque toute l'étendue du voile du palais est comprise dans la tumeur. Le rebord gingival disparaît sous les fongosités de la tumeur. Celle-ci dépasse la ligne médiane au niveau de la voûte palatine, formant sous son bord gauche une sorte de sillon.

Opération le 13 avril. Anesthésie chloroforme et éther avec l'entonnoir et les olives pour les narines. Incision angulaire de la peau de la joue comprenant la lèvre supérieure. On enlève deux ou trois incisives. On rugine les os dont le périoste est envahi déjà par le néoplasme. On passe la scie à chaîne dans la fente sphéno maxillaire après avoir relevé la paupière supérieure et la graisse qui remplit le plancher de la cavité orbitaire. On termine l'incision du malaire très friable avec la cisaille de Liston. Le maxillaire supérieur s'effrite et s'arrache par morceaux. La tumeur a envahi tout le voile du palais. On l'enlève avec des pinces à morcellement et des pinces de Museux. Vaste cavité que l'on curette, qui s'étend jusqu'à la base du crâne — Apophyse basilaire. On tamponne avec deux grosses masses de gaze iodoformée cette vaste cavité, et l'on fait ressortir la gaze sous la lèvre supérieure. Suture de la plaie au fil métallique.

Pulvérisations fréquentes avec une solution phénosalylée de la cavité buccale. Lavements salés. Lavements alimentaires.

Pas de température.

Le 18 avril, on change la gaze.

Le 20 avril, premier pansement; la plaie cutanée est en parfait état.

Le 22 avril, deuxième pansement; on enlève les fils; on change la gaze buccale; pulvérisations fréquentes.

Le 25 avril, le malade est presque guéri. La plaie cutanée est cicatrisée.

Cette observation est remarquable par la lenteur de l'évolution. Pendant plus de dix ans le nodule s'étend lentement, puis il envahit toute la surface palatine et pénètre dans le tissu osseux, le térébrant.

Les ganglions ne sont pas envahis; la tumeur est composée de gros nodules du volume d'un grain de maïs, d'un petit pois, de consistance ferme, de couleur blanchâtre et comme cornée en bien des points. Tendance faible à l'ulcération. Le malade mâche avec sa tumeur et présente un excellent état général.

M. Tédénat a néanmoins été amené à enlever tout le maxillaire supérieur droit et toute la partie inférieure du maxillaire supérieur gauche. Les suites opératoires ont été simples, et le malade est parti guéri, mais une récurrence prochaine est à craindre.

L'épithélioma du rebord gingival n'a pas toujours la même évolution; elle est souvent plus rapide quand la néoplasie siège vers la dent de sagesse, c'est que, en pareil cas, la tumeur est déchirée inévitablement à chaque mouvement de mastication, ce qui est une cause d'infection rapide par les agents microbiens de la cavité buccale. En plus, à ce niveau, la néoplasie gagne rapidement le repli muqueux qui réunit les deux mâchoires et, dans ce tissu lâche et riche en lymphatique, ses progrès sont plus rapides. Elle gagne alors la voûte palatine, le voile du palais, les piliers, et s'étend parfois avec une grande rapidité sur le vestibule de la glotte, d'où une foule d'accidents tels que œdème aigu gênant la respiration, la déglutition, etc.

Ces épithéliomas de la portion postérieure du rebord alvéolaire, qu'ils gagnent la face interne de la joue ou la partie postérieure du plancher buccal, ont une gravité aussi grande que celle des cancers de la langue.

Voici une observation, à ce point de vue, très remarquable :

OBSERVATION

Jules R..., 38 ans. Bonne santé antérieure, exempt de syphilis et de scrofule, n'ayant jamais fumé, éprouve depuis cinq ou six mois une vague gêne de l'écartement des mâchoires. Il salive, et de temps en temps quelques gouttes de sang colorent les liquides buccaux. Depuis huit jours, douleurs vives de l'oreille gauche, tuméfaction aiguë derrière l'angle de la mâchoire. Le 3 mai 1893, M. Tédénat constate une tuméfaction diffuse d'une densité ligneuse occupant la fosse sous-maxillaire et l'espace sous-parotidien. Le malade ne peut écarter les incisives à plus de 5 ou 6 millimètres ; la bouche est fétide et une salive abondante, rougeâtre s'écoule ; après anesthésie, l'écarte mâchoire de Larrey permet d'ouvrir la bouche, et on constate une tumeur grisâtre, dure, fragile, grenue, avec des fissures multiples. Elle occupe les trois derniers centimètres du bord alvéolaire, s'étend au plancher buccal et dans le sillon glosso-maxillaire. Le pilier antérieur est envahi dans toute son étendue ; avec le doigt on constate la présence de l'ulcération jusque sous la partie gauche de l'épiglotte. Le malade est pâle, très amaigri.

Cautérisations au fer rouge dans le but de diminuer la sanie et la fétidité, de calmer aussi les douleurs. Pendant quelques jours, ce résultat est obtenu. Le malade est alimenté par une sonde œsophagienne introduite par le nez. Il quitta l'hôpital après quinze jours, avec une ulcération cratériforme rétro-maxillaire.

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement de l'épithélioma du rebord gingival. Il est soumis aux grandes règles qui dirigent la thérapeutique du cancer en général.

Quand la tumeur est superficielle et limitée on en fera l'excision large avec le bistouri, on incisera dans les tissus sains à bonne distance de la limite du néoplasme. Il va sans dire que les dents auront été préalablement arrachées et qu'il ne faudra pas craindre de réséquer tout le rebord alvéolaire. Cette résection est indiquée pour deux raisons. La première à cause de la possibilité de l'envahissement de l'os même dans des cas où il paraît indemne. La seconde n'est pas moins importante : la résection permet de suturer la muqueuse de la joue ou de la lèvre avec la muqueuse du plancher buccal, d'obtenir ainsi une réunion immédiate et de soustraire le foyer opératoire aux nombreuses causes d'irritation qui existent dans la cavité buccale et pourraient devenir l'occasion d'accidents inflammatoire et peut être favoriser la récurrence.

Dans une des observations que nous citons, M. Tédénat a excisé toute l'étendue du rebord alvéolaire, de telle sorte qu'il ne restait que le demi-centimètre inférieur du col de l'os. Il put ainsi suturer la muqueuse ante-maxillaire avec la muqueuse retro-maxillaire et obtint la réunion presque immédiate sur presque toute l'étendue de la plaie opératoire. Quand le maxillaire est envahi, une résection plus ou moins étendue s'impose ;

mais avant de procéder à des mutilations vraiment graves, avec une prothèse difficile, il faut interroger les ganglions lymphatiques, les infiltrats néoplasiques du plancher buccal, de la joue, de la région amygdalienne et n'intervenir que si le mal n'est pas trop étendu et si on a chance d'en faire l'ablation totale.

Enfin, quand une opération complète est impossible, on devra se contenter des soins qui peuvent procurer du soulagement au malade; les lavages antiseptiques avec le phéno-salyl à 2 ou 3/1000, avec des solutions de menthol, d'eucalyptol, 2 ou 3/1000 encore, auxquelles on ajoutera de la cocaïne; les badigeonnages cocaïnés serviront à diminuer l'état septique, à masquer ou à détruire l'odeur souvent très fétide et à ralentir la marche du mal. Il est certain, en effet, que les infections septiques ou saprophytiques surajoutées à la néoplasie accélèrent la marche et sont la cause d'accidents inflammatoires dans la sphère des ganglions lymphatiques, dans le tissu du plancher buccal et il faut employer tous les moyens qui peuvent les prévenir ou les atténuer.

Dans quelques cas M. Tédénat a utilisé dans ce but et surtout pour calmer les douleurs, les cautérisations énergiques au feu rouge, mais les résultats qu'il a obtenus ont toujours été de courte durée, suffisants néanmoins dans quelques cas, pour que les malades aient demandé de nouvelles applications du thermo-cautère. Nous savons bien qu'on pourra accuser ces cautérisations d'activer la marche du mal, mais cela n'est pas absolument démontré et d'ailleurs l'action aseptisante de la thermo cautérisation contrebalance les effets accélérateurs possibles de l'évolution du néoplasme.

Les lignes précédentes s'appliquent surtout à l'épithélioma gingival du maxillaire inférieur. Quand il s'agit du maxillaire supérieur, même lorsqu'une portion de la voûte palatine a été envahie, la résection de tout ce maxillaire peut donner de

bons résultats, à la condition que la joue ne soit pas gravement atteinte.

Dans les derniers jours du mois de mai 1899, M. Tédenat a opéré dans son service une femme âgée de 65 ans, qui portait à la partie moyenne du rebord alvéolaire supérieur droit une tumeur végétante qui datait de 2 ans, avait détruit la paroi antérieure du sinus, tout le rebord alvéolaire, et formait un champignon à l'intérieur de l'antre d'Higmore, dont la muqueuse était saine, sauf dans sa partie la plus antérieure, là où la perforation par le néoplasme avait eu lieu. M. Tédenat fit l'incision classique de la résection du maxillaire supérieur, fit l'ablation large du rebord alvéolaire, de toute la paroi antérieure du sinus et sutura la muqueuse de la joue avec la muqueuse palatine. La malade est sortie guérie, sans déformation visible.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 21 Juillet 1899.

Le Recteur,

A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 Juillet 1899.

Le Doyen,

L. VIALLETON.

